



**Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica**

ANA LINDAURA CALLOU AUGUSTO

**DIAGNÓSTICO E MANEJO DOS PACIENTES COM CEFALÉIA PRIMÁRIA EM  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MAURITI - CEARÁ**

MAURITI

2014

ANA LINDAURA CALLOU AUGUSTO

**DIAGNÓSTICO E MANEJO DOS PACIENTES COM CEFALEIA PRIMÁRIA EM  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MAURITI - CEARÁ**

Plano de intervenção submetido à  
Universidade Federal do Ceará, como parte  
dos requisitos para conclusão do Curso de  
Especialização em Saúde da Família.

Orientador: Profa. Esp. Cristiana Ferreira Macedo

MAURITI

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará

- 
- A923d Augusto, Ana Lindaure Callou.  
Diagnóstico e manejo dos pacientes com cefaleia primária em Unidade Básica de saúde no município de Mauriti - Ceará. / Ana Lindaure Callou Augusto. - 2015.  
24 f.
- Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) – Núcleo Ceará, Núcleo de Tecnologias de Educação em Saúde à Distância (NUTEDS), Curso de Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2015.  
Orientação: Prof. Esp. Cristiana Ferreira Macedo.
1. Cefaleia. 2. Atenção Básica. 3. Diagnóstico. 4. Manejo. I. Título.
-

## RESUMO

A cefaleia ou dor de cabeça é um complexo sintomático agudo ou componente de uma doença em desenvolvimento. É um dos sintomas clínicos mais presentes nas emergências e nas unidades básicas de saúde (UBS). Uma das principais queixas encontradas nas UBS podemos defini-la como uma sensação de desconforto ou dor na extremidade cefálica, e que pode ser de caráter agudo ou crônico, pulsátil, latejante, em aperto de localização diversificada com a presença ou ausência de sintomas associados. São inúmeras as consequências dos diversos tipos de cefaleias, dentre elas: ausência das atividades escolares e profissionais, isolamento social, depressão, mau humor, diminuição do rendimento e aumento das despesas com a saúde. De acordo com o ranking da Organização Mundial de Saúde (OMS) a enxaqueca é a 19ª moléstia mais causadora de incapacitação na população mundial e dados da Sociedade Brasileira de Cefaléia afirmam que a enxaqueca tem prevalência de 15% na população brasileira, sendo responsável por 35% das consultas neurológicas.

Palavras-chaves: Cefaleia (C23.888.646.487); Transtornos da Cefaleia (C10.228.140.546); Dor (C23.888.646)

## SUMÁRIO

1. Introdução	5
2. Problema	7
3. Justificativa	8
4. Objetivos	9
4.1 Objetivo Geral	9
4.2 Objetivos Específicos	9
5. Revisão Literatura	10
6. Metodologia	15
6.1 Cenário da intervenção	15
6.2 Sujeitos da intervenção	15
6.3 Estratégias e ações	15
6.4 Avaliação e monitoramento intervenção	15
7. Cronograma de atividades	19
8. Recursos necessários	20
9. Resultados esperados	21
10. Referências bibliográficas	22
11. Anexo A	23
12. Anexo B	24

## 1. INTRODUÇÃO

A cefaleia ou dor de cabeça é um complexo sintomático agudo ou é componente de uma doença em desenvolvimento. É um dos sintomas clínicos mais presentes nas emergências e nas unidades básicas de saúde (UBS). Essa patologia pode manifestar-se devido a diversas causas. Quando nos referimos a cefaleias como apenas um sintoma agudo podemos encontrá-la em pacientes portadores de enxaqueca ou cefaleia tensional, e quando está relacionada a outras doenças em evolução, tais como: neoplasias ou trauma craniano (COMITE DA HOC DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2002).

Uma das principais queixas encontradas nas UBS é a cefaleia ou dor de cabeça que podemos defini-la como uma sensação de desconforto ou dor na extremidade cefálica, e que pode ser de caráter agudo ou crônico, pulsátil, latejante, em aperto de localização diversificada com a presença ou ausência de sintomas associados. Os diversos tipos de cefaleias já classificadas podem comprometer em menor ou maior grau a qualidade de vida do paciente. Elas apresentam uma prevalência ao longo da vida de 18% nas mulheres, 6% nos homens e 4% nas crianças de acordo com uma pesquisa da Sociedade Brasileira de Cefaleias (COMITE DA HOC DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2002).

São inúmeras as consequências dos diversos tipos de cefaleias, dentre elas: ausência das atividades escolares e profissionais, isolamento social, depressão, mau humor, diminuição do rendimento e aumento das despesas com a saúde. Além de no período intercrises os pacientes permanecerem com temor excessivo do surgimento de nova crise (BARRETO, 2011)

Para um manejo adequado do paciente com cefaleia é necessário um aprofundamento e domínio da Classificação Internacional de Cefaleias (2004), além de propriedade nos diversos mecanismos fisiopatológicos, tratamentos e condução permanente do paciente. É importante também diferenciar cefaleia primária da secundária e os subtipos específicos de cada uma delas. Isto é indispensável para o médico que deseja ter uma boa resposta do paciente ao tratamento. Na busca pela identificação de fatores de risco para cefaleias é preciso que compreendamos as influências da genética, da postura, do estresse, das neuralgias, de traumas e outros

fatores que influenciam diretamente na manifestação dos quadros de dores de cabeça, além de uma boa integração com o paciente, buscando um conhecimento e sensibilização pela sua história clínica, contexto familiar, profissional e socioeconômico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIAS, 2004).

Apoiando-nos neste contexto, podemos classificar as cefaleias em primárias e secundárias. As cefaleias primárias podem ser definidas como: a doença e o sintoma, sendo subdividida em cefaleias tipo migrânea ou enxaqueca, cefaleia tipo tensional, cefaleia em salvas, cefaleias trigêmeo-autonômicas e outras cefaleias primárias. Já as secundárias, são aquelas em que encontramos uma causa subjacente ou sistêmica, neste conjunto estão inúmeros tipos de cefaleias que podem surgir como consequência a uma neoplasia, trauma craniano ou infecções. (KRYMCHANTOWSKI, 2008). Estas diferenças entre as duas grandes classes de cefaleias e seus subtipos serão melhores exploradas no decorrer deste trabalho.

Além de todas essas definições e classificações é importante ter domínio dos mecanismos fisiopatológicos e do tratamento adequado para cada paciente. Saber quando e como tratar o paciente é imprescindível para o sucesso do tratamento. Identificar o momento ideal para iniciar o tratamento profilático das cefaleias primárias, quais medicamentos devem ser utilizados para este fim e quais devem ser usados para abortar as crises é outro ponto importante na condução do paciente. O tratamento do paciente com cefaleia primária difere da secundária. Esse conhecimento deve ser inerente a todo profissional médico (RABELLO, 2004)

Desta maneira, a consulta de um paciente com cefaleia deve seguir anamnese detalhada com avaliação clínica demorada e criteriosa, seguindo um roteiro básico que possui identificação do período de início da dor, localização, intensidade, frequência, caráter, duração, sintomas associados, relação com o sono e com alimentos ou bebidas específicas. Para auxiliar neste rastreo os cefaliatras utilizam o diário

## **2. PROBLEMA**

O presente trabalho será realizado a partir da triagem dos pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde Nova Santa Cruz portadores de cefaleias primárias que necessitam de acompanhamento contínuo e tratamento profilático. Além de distinguir aqueles que podem ser tratados na UBS e os que necessitam de tratamento com especialistas.

A pesquisa será colhida a partir da busca ativa de pacientes portadores de cefaleias residentes na micro área da UBS Nova Santa Cruz, no município de Mauriti – Ceará, contando com a ajuda dos agentes comunitários de saúde (ACS) e da enfermagem.



### 3. JUSTIFICATIVA

De acordo com o ranking da Organização Mundial de Saúde (OMS) a enxaqueca é a 19ª moléstia mais causadora de incapacitância na população mundial. Dados da Sociedade Brasileira de Cefaleia afirmam que a enxaqueca tem prevalência de 15% na população brasileira, sendo responsável por 35% das consultas neurológicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIAS, 2004).

Além de traçarmos explicações sobre as cefaleias primárias, sua definição, fisiopatologia e tratamento, também iremos triar, tratar e indicar a condução mais adequada para cada paciente da UBS portador de cefaleia primária. Neste sentido, o estudo justifica-se em função de que partir da triagem desses pacientes, possamos mostrar que é possível controlar as crises de cefaleias primárias e, conseqüentemente, seu impacto na qualidade de vida do paciente. Bem como, priorizar os pacientes que serão encaminhados para avaliação e tratamento com especialista.

#### **4. OBJETIVOS**

##### **4.1 Objetivo Geral:**

Realizar triagem de pacientes portadores de cefaleia primária na UBS Nova Santa.

##### **4.2 Objetivos específicos:**

- a) Instituir o tratamento adequado para pacientes portadores de cefaleia;
- b) Confrontar o quadro clínico no início do tratamento com as mudanças ocorridas após a modulação farmacológica do paciente;
- c) Categorizar os pacientes que podem ter sua condução clínica realizada pelo médico de família e comunidade, e aqueles que necessitam de acompanhamento com o especialista.

## 5. REVISÃO DE LITERATURA

A definição de cefaleias pode ser descrita como sendo um complexo sintomático agudo ou é componente de uma doença em curso. No primeiro caso, estaremos tratando das cefaleias tipo migrânea ou cefaleias em salvas e no segundo caso, estaremos diante das cefaleias ocasionadas, por exemplo, pelos traumatismos cranianos. É de extrema necessidade que o médico da atenção básica saiba diferenciar quais as cefaleias pertencem a cada definição, pois a condução no nível da atenção primária será dependente desta diferenciação (COMITE AD HOC DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2002).

Os estudos epidemiológicos demonstram que a enxaqueca tem uma prevalência de 18% nas mulheres e 6% nos homens. A faixa etária mais acometida pelos diversos tipos de cefaleias esta entre 25 a 55 anos. O subtipo de migrânea mais predominante na população brasileira é a migrânea sem aura acometendo 80% dos pacientes. (BERTOLUCCI et. al., 2011).

Na atenção primária a saúde a cefaleia é uma das queixas mais prevalentes nas consultas. Dados epidemiológicos mostram que em alguns estados as cefaleias somaram 9% das queixas de busca de atendimento por causas agudas, sendo que dessa porcentagem 45% apresentavam cefaleia tipo primária com a enxaqueca sendo o subtipo mais prevalente. Quando a falamos de cefaleia secundaria as mais prevalentes nas unidades básicas são as originadas por febre, pico hipertensivo e sinusites (DUNCAN, 2014).

É importante destacar as consequências negativas que os portadores de cefaleias crônicas apresentam com a frequência das crises, podemos citar: isolamento social, humor deprimido, ausência das atividades escolares e de trabalho, estresse, redução do rendimento e aumento das despesas com a saúde. Tais fatos podem ser comprovados quando observamos que a cefaleia tipo enxaqueca é a 19ª moléstia mais causadora de incapacidade na população mundial segundo o ranking da Organização Mundial de Saúde (BARRETO, 2011).

A fisiopatologia das cefaleias tem vários componentes. Primeiramente, acredita-se haver um distúrbio neuroquímico, o qual sofre uma influência importante da herança genética autossômica dominante. Por isso, o número de portadores de algum dos tipos de cefaleias primárias em mais de um membro de uma mesma família é bastante comum. Sendo, portanto, a hereditariedade um fator de risco não modificável. Procura-se durante tratamento investir na adequação da concentração cerebral desses neurotransmissores (BERTOLUCCI et. al, 2011).

Melo-Souza 2008, diz que nos portadores de cefaleias a serotonina plasmática e seu catabolismo estão diminuídos, e ainda que seu metabólito o ácido 5 hidroxindolacético está elevado na urina durante a crise. A instabilidade do metabolismo energético cerebral é outro achado fisiopatológico. Há também um aumento na degradação de matriz extracelular da metaloproteinase-9 (MMP-9) que relaciona-se a depressão cortical alastrante, isquemia e inflamação. Além disso, a inibição cerebelar é reduzida nos portadores da patologia (KRYMCHANTOWSKI 2008).

Sabe-se também que o cérebro do paciente portador de cefaleias é mais sensível a exposição de substâncias excitatórias. Consequentemente, quando exposto a alguns desses agentes há o desencadeamento das crises de cefaleias. Podemos enumerar como produtos de ação excitatória cerebral o glutamato e aspartato cerebrais, a facilitação da transmissão neuronal, a depressão alastrante cortical, diminuição de fosfocreatina, aumento de fósforo inorgânico e a exposição do portador de cefaléias a estímulos magnéticos transcraniano (KRYMCHANTOWSKI 2008).

O sistema trigêmeino-vascular relaciona-se com a fisiopatologia das cefaleias. Pois quando há uma lesão tissular, as fibras nociceptivas são ativadas e conduzem a informação ao sistema nervoso central. Todavia, sabemos que essas fibras chegam a junção neurovascular, gerando a liberação de substâncias vasoativas que causam vasodilatação, extravasamento plasmático e degranulação de mastócitos, culminando em uma reação inflamatória neurogênica responsável pela defesa do organismo contra a lesão inicial. Além disso, alterações no fluxo sanguíneo cerebral também estão presentes nos pacientes acometidos por cefaleias. Desta forma, existe um hiperfluxo sanguíneo no decorrer da crise de cefaleia (KRYMCHANTOWSKI 2008).

Segundo a Classificação Internacional das Cefaleias, classificamos as cefaleias em primária, secundária e seus subtipos. Uma vez que o diagnóstico e tratamento se baseiam nesta classificação. Classificamos como cefaleia primária aquelas em que não há participação de processos estruturais na etiologia da dor. Já as secundárias são aquelas que possuem uma causa subjacente ou sistêmica. No conjunto das cefaleias primárias estão os seguintes subtipos: cefaleias tipo migrânea, tensional, em salvas, outras cefaleias trigêmeo-autonômicas e outras cefaleias primárias. As cefaleias secundárias teremos as dores de cabeça que surgem a partir de uma patologia existente, por exemplo: urgência hipertensiva, sinusite, traumatismo crânio encefálico, doenças infecciosas ou virais.

As dores de cabeças agudas são aquelas que atingem seu pico em minutos ou poucas horas, as subagudas atingem seu ápice em dias até três meses. Diferentemente das cefaleias agudas, que podem ocorrer tanto naquelas de tipo primário ou secundário, as subagudas ocorrem essencialmente nas cefaleias tipo secundárias. Finalmente, as cefaleias crônicas duram mais de três meses e são mais comuns naquelas do tipo primária (DUNCAN, 2013).

É baseado na primeira classificação que os profissionais da atenção primária chegam ao diagnóstico de qual tipo de cefaleia o paciente assistido. A partir daí, decidir a respeito do tratamento no próprio serviço primário ou a necessidade de encaminhamento para o especialista. Tendo em vista a pequena quantidade de vaga para atendimento de especialista nas cotas municipais (GUSSO, 2012).

Segundo Duncan 2013, é possível encontrarmos em um mesmo paciente mais de um tipo de cefaleia, nestes casos, estaremos diante de um cefalopata. O tratamento deste tipo de paciente na unidade básica de saúde será ainda mais complicado. Nestes pacientes o encaminhamento para a atenção secundária é comum, uma vez que o acesso a todo o aparato medicamentoso necessário para o controle da doença não é possível.

O diagnóstico adequado das cefaleias muitas vezes exige mais de uma consulta e é de extrema importância uma escuta atenta do médico a história clínica do paciente. O primeiro passo nessa busca exaustiva de qual tipo de cefaleia e seus subtipos o portador apresenta deve-se começar com os seguintes questionamentos: a forma de início (aguda, subaguda ou crônica), a localização (unilateral, bilateral, frontal, occipital ou difusa), suas

características (em aperto, pontadas ou latejantes), intensidade da dor (leve, moderada ou forte, baseando-se em uma escala de pontuação de 0 a 10 na qual zero é a menor dor e dez a maior dor já apresentada), frequência (diária, semanal ou mensal), possíveis fatores desencadeantes (alimentos específicos, álcool, tabaco) e presença de outros sintomas associados (náuseas, vômitos, fotofobia, intolerâncias a sons ou cheiros). Este é o questionário básico para iniciar um diagnóstico adequado (KRYMCHANTOWSKI 2008).

Outro componente crucial para o diagnóstico mais preciso é o preenchimento contínuo do diário das cefaleias (ANEXO 1) idealizado pela Sociedade Internacional de Cefaleias. O diário é composto por todos os questionamentos expostos anteriormente, porém em forma esquematizada de um calendário mensal, de modo que o paciente deve marcar nos dias que apresentou dor cada uma das características presentes naquele dia, e ainda um espaço para anotar as medicações utilizadas (COMITE DA HOC DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2002).

Um outro ponto importante a ser realizado no diagnóstico é o exame físico. Neste quesito o primordial é a identificação de sinais de alarme que direcionem o médico para uma intervenção mais imediata, por exemplo: perdas de consciência, início súbito da dor, presença de febre ou alterações de fundo de olho. Cumprir a avaliação dos demais pontos do exame neurológico, consciência, motricidade, coordenação, sensibilidade, reflexos, pesquisa de sinais meníngeos e função dos nervos cranianos, é imprescindível (BERTOLUCCI et al., 2011).

Quanto a necessidade da solicitação de exames complementares, a Academia Americana de Neurologia diz que: achado inexplicável no exame neurológico, dores atípicas que não podem ser classificadas como cefaleias primárias ou com fatores de risco adicionais como história familiar de neoplasias ou imunodeficiências. Além disso, preferências entre a escolha da tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética está a critério médico (DUCAN, 2013).

O tratamento é constituído por três itens essenciais: a educação continuada do paciente, o tratamento profilático e o tratamento das crises. Sem um investimento neste tripé o controle adequado da doença não será pouco eficiente. O tratamento das cefaleias é na verdade uma ação em conjunto entre o médico e o paciente. Também não se pode esquecer que é extremamente necessário a confecção do diário de cefaleias. Tendo em

vista a avaliação da resposta ao tratamento realizado possa ser efetiva (KRYMCHANTOWSKI 2008).

No que se refere ao tratamento profilático, temos que recordar inicialmente que o acesso aos medicamentos para prevenção das crises na grande maioria das vezes não está disponível na atenção básica. Sendo assim, em casos de cefaleias de crônicas de difícil controle o encaminhamento para o neurologista se faz necessário. O tratamento profilático pode ser realizado com monoterapia ou com terapia múltipla. Recordamos ainda que o objetivo do profilático é a diminuição da frequência e da intensidade das crises, promovendo melhora da qualidade de vida do paciente (COMITE DA HOC DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2002).

As principais opções para o tratamento de prevenção das cefaleias crônicas são: os betabloqueadores, principalmente o propranolol; antagonistas dos canais de cálcio, exemplo: flunarizina e verapamil; os anticonvulsivantes (topiramato e divalproato de sódio) e os antidepressivos tricíclicos, destacando a amitriptilina (RABELLO, 2004). No tratamento das crises, o padrão-ouro hoje são os triptanos. Contudo, tal medicação ainda não está disponível na atenção básica e devido ao seu valor elevado poucas vezes é utilizado pelos pacientes da atenção primária. Com isso, os anti- inflamatórios não esteroidais (AINES) e as associações de paracetamol com cafeína são os mais prescritos e acessíveis nas unidades de saúde da família e comunidade. A via de administração oral deve ser a de preferência sempre que possível. Entretanto, nas crises intensas a via endovenosa pode ser escolhida para administração de medicações analgésicas mais potentes (GALDINO, et al, 2007).

Nas medidas não farmacológicas é importante enfatizarmos o abandono da tabagismo e etilismo, uma hidratação vigorosa, alimentação balanceada, evitar períodos muito longos de jejum, realizar atividade física pelo menos três vezes por semana, priorizar sono de boa qualidade, ou seja, investir nas mudanças de estilo de vida saudáveis é de extrema importância para o controle adequado da doença (KRYMCHANTOWSKI 2008; COMITE DA HOC DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2002).

## **6. METODOLOGIA**

### **6.1 Cenário da Intervenção:**

Mauriti é uma cidade com 41.679 habitantes (dados do IBGE 2007). É considerada uma das grandes cidades do Cariri. Cidade de clima tropical quente tem seu período chuvoso de fevereiro a abril. O município faz limites ao norte com a cidade de Barro – Ce, ao sul com Brejo Santo – Ce, ao leste com o estado da Paraíba e ao oeste com Milagres e Brejo Santo no Ceará. Localizado na região sul do estado, distante da capital Fortaleza 491,8 Km, o município possui nove distritos: Anauá, Buritizinho, Coité, Nova Santa Cruz, Olho D'Água, Palestina, São Felix, São Miguel, e Umburanas.

O distrito Nova Santa Cruz localiza-se distante a 36km do centro do município de Mauriti e possui uma unidade básica de saúde da família com mil pessoas cadastradas.

### **6.2 Sujeitos da Intervenção:**

Pacientes atendidos na UBS Nova Santa Cruz do período de fevereiro a maio do ano de 2014 que chegaram com a queixa principal de dor de cabeça, cefaleia ou qualquer outro sinônimo. Inclui-se qualquer sexo, idade ou raça. Exclui-se aqueles paciente que apresentarem durante a anamnese outra queixa principal que não seja cefaleia ou sinônimos.

### **6.3 Estratégias e Ações:**

- a) Realizar anamnese detalhada focando a queixa principal do paciente;
- b) Preencher o diário de cefaleias adotado neste projeto;
- c) Capacitar a Equipes de Saúde da Família na abordagem e orientação desses pacientes;
- d) Incorporar a temática na abordagem das sessões em grupo.

### **6.4 Avaliação e Monitoramento da Intervenção:**



Na avaliação e monitoramento da proposta de intervenção o instrumento principal é o correto e continuado preenchimento do diário de cefaleias (ANEXO A). Já na primeira consulta, o paciente recebe o diário e o médico deverá realizar as seguintes orientações:

- a. Realizar a identificação dos dados pessoais do paciente;
- b. Identificar o mês e ano referente aquela marcação;
- c. Informar as medicações em uso com suas respectivas posologias;
- d. Em caso de pacientes do sexo feminino, assinalar os dias referentes ao ciclo menstrual;
- e. Informar o horário da dor: madrugada, manhã, tarde e noite;
- f. Categorizar a dor como sendo 1 a menor dor sentida e 4 a maior dor que o paciente já sentiu;
- g. A ausência de dor deve ser marcada com um traço horizontal;
- h. A presença de sintomas que geralmente existem durante as crises devem ser descritos: náuseas, vômitos, intolerância a cheiros, luz ou sons;
- i. A localização: direita, esquerda, bilateral, anterior ou posterior;

O médico deve ter a certeza que o paciente compreendeu o correto preenchimento do diário, se possível realizando um exemplo prático de um paciente imaginário, pois, caso contrário, o sucesso da avaliação e monitoramento da intervenção estarão prejudicados.

Ainda é necessário, para uma avaliação e um monitoramento adequado, a ciência tanto por parte do médico como também do paciente, três pontos a saber, primeiro que a cura das cefaleias crônicas não é possível, mas é possível um controle adequado que proporcione ao paciente tempos longos sem dor se o paciente seguir rigorosamente as orientações e condutas médicas. Em segundo lugar, ao longo do tratamento, pode haver a necessidade da substituição da medicação ou a mudança da posologia ou ainda a troca da monoterapia para terapia combinado com duas ou mais drogas a depender da resposta do paciente e do surgimento ou não de reações adversas que levem os riscos a superarem os benefícios das medicações em uso. Finalmente, em terceiro lugar devemos saber que, as medicações profiláticas levam entre trinta e sessenta dias para atingirem

seu efeito máximo, por isso, nenhuma mudança nas medicações deve ser feita antes desse período.

Desta forma, a primeira avaliação da intervenção proposta deve ser realizada com trinta dias após a triagem inicial. Nesta primeira oportunidade, através do diário de cefaleias (ANEXO A), o médico da UBS deve avaliar se ao decorrer deste período de trinta dias houve mudança nas características das crises, o número de crises e sua duração para identificar se há melhora ou piora ou ainda ausência de alteração do quadro clínico quando comparado ao encontrado na consulta de triagem.

Após esta primeira reavaliação, o monitoramento deve ser realizado a cada três meses no primeiro ano de implantação da proposta de intervenção e a cada seis meses no período subsequente até a alta ambulatorial do paciente. Esta não tem um tempo definido acontece a critério médico quando a qualidade de vida do paciente é recuperada, porém, é importante que o paciente também seja capaz de expressar com firmeza a percepção da melhora da sua doença. Para isso, uma outra ferramenta usada na avaliação e monitoramento da intervenção é a escala de dor (ANEXO B), utilizado intensamente por todos os profissionais da contemporaneidade que trabalham com a patologia da dor. Esta escala é uma régua enumerada de 1 a 10 na qual um é a menor dor que o paciente sente e dez a maior dor já vivenciada. O instrumento ainda é composto por faces que expressão alegria e sofrimento, sendo os momentos sem dor manifestados com a face de alegria e os momentos de dor com face de sofrimento.

É no momento do monitoramento, que também devemos decidir a necessidade ou não de encaminhar o paciente para o médico especialista, baseando-nos mais uma vez nos dados contidos no diário de cefaleia (ANEXO A) e na régua de escala da dor (ANEXO B), se nenhuma mudança favorável a melhora do quadro clínico do paciente for identificada em um período de 6 meses ou ainda se o paciente manifestar sinais de alarme como os descritos na revisão de literatura, o mesmo deverá ser encaminhado ao especialista para uma avaliação e seguimento mais especializado.

Ainda durante o monitoramento, devemos avaliar se as medicações para abortamento das crises são eficazes. Para isso utilizaremos mais uma vez a régua de escala da dor, dando uma nota a dor antes da administração da medicação e outra nota duas horas após a tomada da droga prescrita. Quanto menor o valor numérico da dor mais eficaz foi a medicação. Ao final da avaliação e monitoramento da dor deveremos

considerar que o tratamento foi bem sucedido quando o bem estar físico e psíquico do paciente é restabelecido, proporcionando-lhe uma qualidade de vida satisfatória.

## 7. CRONOGRAMA ATIVIDADES

Atividades	Fevereiro /2014	Março/ 2014	Abril/ 2014	Maió/ 2014	Junho/ 2014	Dezembro/ 2014	Janeiro/ 2015
Desenvolviment o projeto de intervenção	X	X	X	X	X	X	
Procurar artigos relacionados ao tema	X	X	X	X	X	X	
Apresentação projeto intervenção							X
Apresentação do projeto aos gestores municipais de saúde							X
Desenvolver os objetivos do projeto							X
Implantação projeto intervenção							

## **8. RECURSOS NECESSÁRIOS**

Os recursos utilizados serão os disponíveis na unidade básica de saúde da família: profissionais médicos, prontuários pacientes e a impressão do diário de cefaleias (em anexo).

## **9. RESULTADOS ESPERADOS**

1. Realizar preenchimento do diário de cefaleias desses pacientes;
2. Diferenciar, a partir da anamnese e exame físico, as cefaleias primárias das secundárias;
3. Distinguir os pacientes portadores de cefaleia que deverão ser encaminhados ao especialista. Consequentemente, diminuir as filas de espera por consulta com especialista;
4. Realizar parceria com a enfermagem e os agentes de saúde para melhor abordagem desses pacientes;
5. Diminuir os custos com gastos com especialista para aqueles pacientes que podem ser tratados na UBS.

## 10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO, L. D. A. Importância da percepção do paciente sobre diagnóstico e terapêutica da doença. Revista de Neurociências, São Paulo, v. II, n. 19, p. 194-195, 2011.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM: Neurologia. São Paulo: Manole, 2011.

COMITE AD HOC DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA. Recomendações para o Tratamento Profilático da Migrânea. Arquivos de Neuropsiquiatria, Rio de Janeiro, v. I, n. 60, p. 159-169, 2002.

KRYMCHANTOWSKI, A. V. Conduitas em cefaléias. São Paulo: Wolters Kluwer Health, 2008.

KRYMCHANTOWSKI, A. V. et all. Topiramato no Tratamento Preventivo da Migânea. Arquivos de Neuropsiquiatria, São Paulo, v. I, n. 62, p. 91-95, 2004.

GALDINO, G. S.; ALBUQUERQUE, T. I. P. E.; MEDEIROS, J. L. A. D. Cefaléias Primárias. Arquivos de Neropsiquiatria, São Paulo, v. IIA, n. 65, p. 681-684, 2007.

GUSSO, G. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro, v.II, Artmed, 2012.

DUNCAN, B. B. et all. Medicina ambulatorial: Conduitas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. Rio de Janeiro, v. único, Artmed, 2013.

Subcomitê de Classificação das Cefaléias da Sociedade Internacional de Cefaléia. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS CEFALÉIAS - SEGUNDA EDIÇÃO (revista e ampliada). Trad. Sociedade Brasileira de Cefaléia. São Paulo: Alaúde Editorial Ltda., 2006.



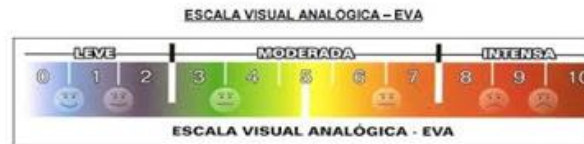


## 12. ANEXO B (Escala de Dor visual)

## ANEXO B

### ESCALA DE DOR

O paciente deve analisar e quantificar o seu nível de dor conforme a escala numérica e de expressão facial abaixo, e em seguida marcar a opção correspondente diariamente:



Mês: \_\_\_\_\_

[illegible]



Secretaria de  
Gestão do Trabalho e da  
Educação na Saúde

Ministério  
da Saúde